Sénégal

Enquête Démographique et de Santé 2005

Rapport de synthèse



Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV) réalisée au Sénégal de février à juin 2005. Cette enquête a été réalisée par le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH) et elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS) de ORC Macro, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant. En outre, cette enquête a pu être réalisée grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale, de l'USAID, de l'UNICEF et de l'UNFPA.

Au cours de l'EDS-IV, des informations ont été collectées auprès de 7 412 ménages, 14 602 femmes âgées de 15-49 ans et 3 761 hommes âgés de 15-59 ans. L'échantillon est stratifié de façon à fournir des données représentatives au niveau des milieux urbain et rural, ainsi que pour 11 domaines d'études (constitués des 11 régions administratives) pour lesquels des estimations de tous les indicateurs clé ont été obtenus.

Pour tout renseignement concernant l'EDS-IV, prière de contacter le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, rue Aimé Césaire, Fann Résidence, BP 4024, Dakar (Téléphone : (221) 869 4242 ; Fax : (221) 869 4249 ; Internet : http://www.sante.gouv.sn) ou le Centre de Recherche pour le Développement Humain (CRDH), Immeuble A, No : A7_A8, HLM Hann Maristes, Dakar (Téléphone/Fax : (221) 832 6379).

Concernant le programme MEASURE DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone : 301-572-0200 ; Fax : 301-572-0999 ; e-mail : reports@orcmacro.com ; Internet : http://www.measuredhs.com).

Date de parution : mai 2006

Enquête Démographique et de Santé
Rapport de synthèse

Caractéristiques de la population et conditions de vie des ménages 2

Caractéristiques des femmes et des hommes enquêtés 3

Fécondité et ses déterminants 4

Planification familiale 6

Santé de la reproduction 7

Santé de l'enfant 8

Paludisme 9

Allaitement et état nutritionnel des enfants et des femmes 10

Mortalité 13

Excision 14

VIH/sida 15

Principaux indicateurs 16



Caractéristiques de la population et conditions de vie des ménages

Les données collectées sur l'âge, le sexe et le niveau d'instruction de la population des ménages ainsi que sur les caractéristiques des logements permettent de décrire le contexte socio-démographique et environnemental dans lequel vivent les femmes et les hommes enquêtés.

Structure par âge et sexe de la population des ménages

Avec 45 % de personnes de moins de 15 ans, le Sénégal se caractérise par une population jeune, dans laquelle les femmes sont, dans l'ensemble, un peu plus nombreuses que les hommes (100 femmes pour 90 hommes) ; ce déficit d'hommes est plus prononcé en milieu rural qu'en urbain (100 femmes pour 87 hommes contre 100 femmes pour 93 hommes en urbain). Cette situation est, en grande partie, due à une intensification de l'exode rural, consécutive aux cycles de sécheresse qu'a connu le pays au cours des dernières décennies.

Composition des ménages

Les ménages sont composés, en moyenne, de 8,7 personnes et cette taille est plus petite en milieu urbain (7,8) qu'en milieu rural (9,5). En outre, un peu plus d'un ménage sur cinq est dirigé par une femme (23 %) ; en milieu urbain, cette proportion est plus élevée qu'en milieu rural (29 % contre 17 %). D'autre part, parmi les enfants de moins de 15 ans, 58 % vivent avec leurs deux parents. Seule une très faible proportion d'enfants (moins d'un pour cent) sont orphelins de père et de mère.

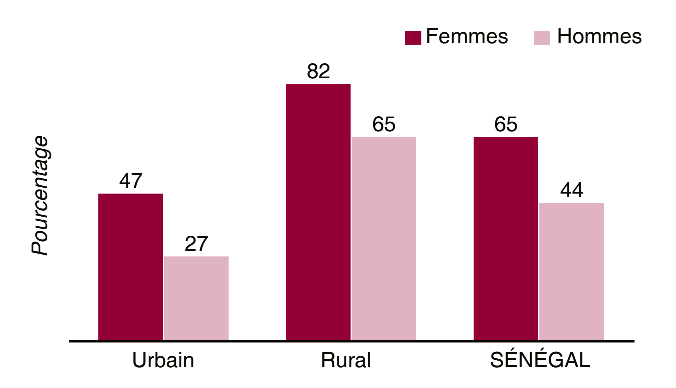
Niveau d'instruction de la population

Le niveau d'instruction de la population sénégalaise demeure encore faible, surtout chez les femmes. Dans l'ensemble, un homme sur deux (49 %) et près de six femmes sur dix (60 %) n'ont aucune instruction. La proportion de femmes et d'hommes n'ayant aucune instruction est presque deux fois plus élevée en rural qu'en urbain.

Caractéristiques des logements

Un peu moins d'un ménage sur deux (47 %) possède l'électricité ; par rapport à 1997, cette proportion a nettement augmenté puisqu'elle n'était que de 32 %. Cependant, on constate toujours de grandes disparités entre les deux milieux de résidence, la proportion de ménages disposant de l'électricité variant de 80 % en milieu urbain à 16 % en milieu rural. En ce qui concerne la source d'approvisionnement de l'eau pour la consommation, on constate que 51 % des ménages disposent d'un robinet dans leur logement ou dans la concession ou bien consomment de l'eau provenant de puits protégés. Cependant, en milieu rural, cette proportion n'est que de 27 % alors qu'elle est de 78 % en milieu urbain. Par ailleurs, un peu plus d'un ménage sur cinq (23 %) ne possèdent pas de toilettes et cette proportion varie de 40 % en milieu rural à 4 % en milieu urbain. La chasse branchée à fosse (plus fréquente en urbain) et la fosse rudimentaire (plus fréquente en rural) sont les deux types de toilettes les plus fréquents au Sénégal (29 % chacun). À l'opposé, en milieu urbain, 18 % des ménages disposent de toilettes avec chasse d'eau contre moins d'un pour cent en milieu rural.

Plus de huit femmes du milieu rural sur dix sont analphabètes



Caractéristiques des femmes et des hommes enquêtés

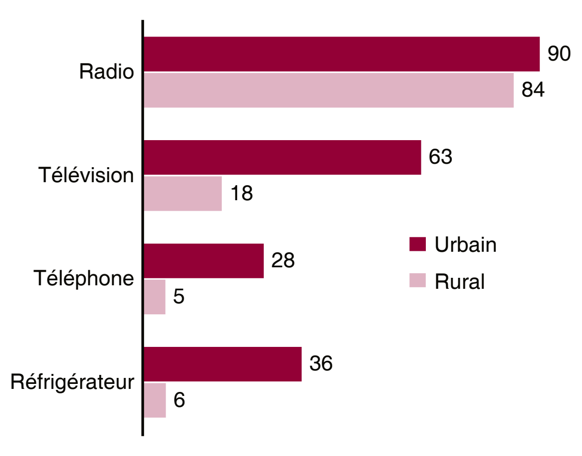
Les caractéristiques socio-démographiques de la population des femmes et des hommes enquêtés (milieu de résidence, instruction, alphabétisation, emploi, accès aux médias) sont des informations de base, essentielles à l'analyse de tous les indicateurs démographiques et sanitaires.

Distribution spatiale de la population

La population sénégalaise est répartie de manière quasiment égale entre le milieu urbain et le milieu rural. Cependant en milieu urbain, on constate une proportion d'hommes plus élevée que celle des femmes (56 % contre 49 %), conséquence d'un exode rural qui touche davantage les hommes que les femmes.

Alphabétisation

Les résultats de l'enquête montrent que 65 % des femmes et 44 % des hommes ne savent pas lire. De plus, on constate des écarts importants entre les milieux de résidence puisque en rural 82 % des femmes et 65 % des hommes sont analphabètes contre respectivement, 47 % et 27 % en urbain. La région de Tambacounda se caractérise par une proportion très élevée de femmes analphabètes (85 %). En ce qui concerne les hommes, les résultats montrent que c'est la région de Louga qui détient la proportion la plus élevée d'hommes analphabètes (71 %).



Exposition aux médias

La radio est le principal moyen d'information : 81 % des femmes l'écoutent, au moins, une fois par semaine. Par contre, une proportion plus faible (63 %) a déclaré regarder la télévision et seulement 10 % ont déclaré lire un journal ou un magazine, au moins, une fois par semaine.

Globalement, 9 % des femmes sont exposées à ces trois médias et, à l'opposé, 12 % n'y ont pas accès. C'est parmi les femmes du milieu urbain (17 %), celles ayant un niveau d'instruction au moins secondaire (41 %) et celles appartenant aux ménages les plus aisés (24 %) que la proportion de femmes exposées aux trois médias est la plus élevée.

Les hommes sont plus de deux fois plus nombreux que les femmes à être exposés aux trois médias.


© Danielle Baron/CCP, avec la permission de Photoshare

FÉCONDITÉ ET SES DÉTERMINANTS

Les données collectées ont permis d'estimer les niveaux de fécondité. Elles ont également fourni des informations sur les différents facteurs qui agissent sur la vie reproductive des femmes, en particulier, l'union et l'activité sexuelle. En outre, au cours de l'enquête, on a essayé de déterminer quelles étaient les préférences des femmes et des hommes en ce qui concerne la taille de la famille.

Niveaux actuels et tendances de la fécondité

La fécondité des femmes sénégalaises demeure élevée puisqu'en arrivant en fin de vie féconde, une femme a, en moyenne, 5,3 enfants. Cependant, la comparaison des résultats de l'EDS-IV avec ceux des enquêtes précédentes met en évidence une tendance régulière à la baisse du niveau de la fécondité. En effet, le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 6,6 enfants par femme en 1986, à 6,0 en 1992, à 5,7 en 1997 et à 5,3 en 2005.

En outre, les niveaux de fécondité varient fortement selon le milieu de résidence : les femmes du milieu rural (6,4 enfants par femme) ont une fécondité nettement plus élevée que celles du milieu urbain (4,1 enfants par femme) et surtout que celles de la région de Dakar (3,7 enfants). De même, la fécondité des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (3,0 enfants) est nettement plus faible que celle des femmes ayant une instruction primaire (4,8) et surtout que celle des femmes sans instruction (6,1). Au niveau des régions, le nombre moyen d'enfants par femme varie d'un minimum de 3,7 dans celle de Dakar à un maximum de 6,7 dans celle de Fatick.

On constate que dès l'âge de 17 ans, une jeune fille sur cinq (19 %) a déjà commencé sa vie féconde et, qu'à 19 ans, cette proportion double pour atteindre 38 %. La comparaison avec les données de la précédente enquête met en évidence une diminution sensible de la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde (22 % en 1997 contre 19 % en 2005) : cette diminution concerne, en particulier, les adolescentes d'âge intermédiaire et celles du milieu rural.

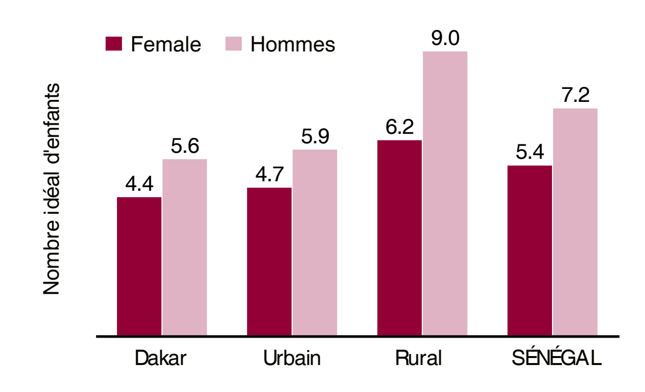
Préférences en matière de fécondité

Environ une femme sur cinq (21 %) et seulement 7 % des hommes ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. En outre, parmi les femmes qui désirent un autre enfant, 39 % souhaiteraient espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans.

Fécondité désirée

L'écart entre la fécondité actuelle (5,3 enfants par femme) et la fécondité désirée (4,5 enfants par femme) met en évidence l'importance des besoins qui existent en matière de planification familiale.

Le nombre idéal d'enfants est plus élevé pour les hommes que pour les femmes



Nuptialité et exposition au risque de grossesse

Les deux tiers des femmes étaient mariées au moment de l'enquête (65 %). Chez les hommes, cette proportion est de 44 %. En outre, dans 40 % des cas, les femmes vivaient en union polygame. Parmi les femmes de 20-49 ans, la moitié avait déjà contracté une union à 18,5 ans. Entre 1997 et 2005, on ne constate pas de modification importante de l'âge à la première union (18,5 ans contre 18,0 ans en 1997). Les hommes, quant à eux, entrent en première union à un âge beaucoup plus tardif que les femmes (âge médian de 28,1 ans).

La moitié des femmes de 20-49 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels à 18,7 ans. Entre l'EDS-III de 1997 et l'EDS-IV de 2005, l'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 20-49 ans a sensiblement augmenté, passant de 17,5 ans à 18,7 ans. Chez les hommes, les premiers rapports sexuels débutent à un âge plus tardif (âge médian de 20,9 ans), environ 7 ans avant leur entrée en première union.



Planification familiale

L'utilisation des méthodes de planification familiale, et plus particulièrement des méthodes modernes, permet aux femmes et aux couples de mieux réaliser leurs objectifs en matière de fécondité et de taille idéale de la famille.

Connaissance et utilisation de la contraception

Bien que la quasi-totalité des femmes (93 %) et des hommes (96 %) en union ait déclaré connaître une méthode contraceptive moderne, seulement 10 % des femmes en union en utilisaient une au moment de l'enquête : la pilule (4 %) et les injectables (3 %) sont les méthodes les plus fréquemment utilisées.

C'est parmi les femmes vivant dans la région de Ziguinchor et parmi celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus que la prévalence moderne est la plus élevée (respectivement, 21 % et 30 %). À l'opposé, seulement 5 % des femmes du milieu rural et 5 % de celles sans instruction utilisent une méthode de contraception moderne.

Parmi les femmes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, 66 % ont déclaré ne pas avoir l'intention de l'utiliser dans l'avenir.



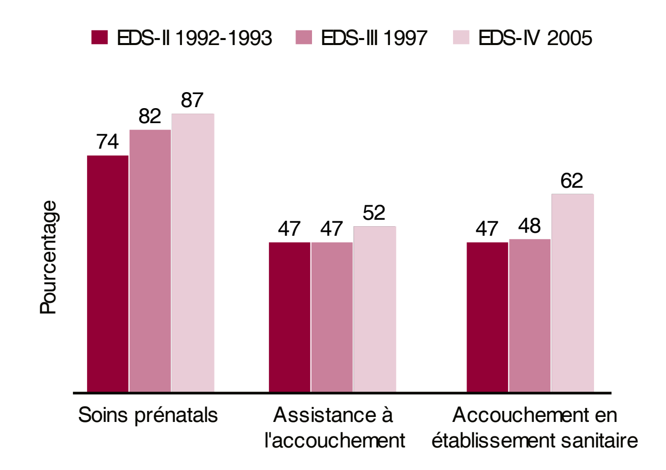
Santé de la reproduction

Une proportion importante de décès d'enfants pourraient être évités si, lorsqu'elles sont enceintes, les femmes recevaient des soins prénatals appropriés, si leur accouchement était assisté par du personnel médical formé et si, après l'accouchement, elles bénéficiaient d'un suivi postnatal.

Soins prénatals

Une proportion élevée de femmes (87 %) se sont rendues en consultation prénatale auprès de personnel qualifié et, pour quatre naissances sur dix (40 %), les mères ont effectué, au moins les quatre visites recommandées. Bien qu'au cours de ces visites prénatales la plupart des examens courants aient été effectués, seulement une femme sur trois (34 %) a été informée des signes de complications de la grossesse.

En outre, les deux tiers des naissances survenues au cours des cinq dernières années ont été protégées par, au moins, deux doses de vaccin antitétanique reçues par la mère pendant la grossesse.



Lieu et assistance à l'accouchement

Au cours des cinq dernières années, 62 % des naissances se sont déroulées en établissement sanitaire. Cependant, en milieu rural (47 %), parmi les femmes sans instruction (53 %), parmi celles vivant dans les ménages les plus pauvres (29 %), cette proportion est nettement plus faible. Dans les régions de Kolda et de Tambacounda, 65 % des femmes ont accouché à la maison, contre 37 % au niveau national. En outre, un peu plus d'une femme sur deux a accouché avec l'assistance de personnel formé. En milieu rural, cette proportion n'est que de 33 % et parmi les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres, cette proportion n'est que de 20 %.

Suivi postnatal

Parmi les femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire, six femmes sur dix (59 %) n'ont bénéficié d'aucun suivi postnatal. Ce manque de suivi de la mère et de l'enfant est plus important en milieu rural (61 %) qu'en milieu urbain (42 %) et dans les régions de Kolda (77 %), Tambacounda (76 %) et Kaolack (64 %) que dans les autres régions.



© Danielle Baron/CCP, avec la permission de Photoshare

Santé de l'enfant

Le Ministère de la Santé a mis en place depuis plusieurs années un Programme Élargi de Vaccination (PEV) selon lequel, tous les enfants doivent recevoir avant l'âge d'un an, le vaccin du BCG, trois doses de DTCoq, le vaccin antipolio et celui contre la rougeole.

Couverture vaccinale

Près de six enfants de 12-23 mois sur dix (59 %) ont reçu tous les vaccins du PEV. Cependant, les taux de déperdition entre la première et la troisième dose de DTCoq et de polio sont importants.

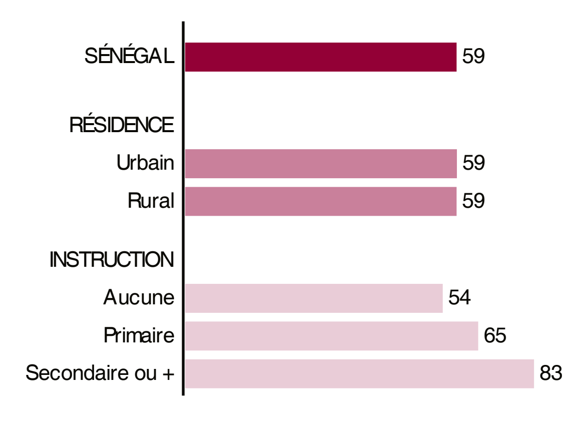
La couverture vaccinale est meilleure parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (83 %) que parmi celles sans instruction (54 %). De même, les niveaux de vaccination présentent des variations importantes selon le milieu de résidence : deux régions sont particulièrement défavorisées : Matam (41 %) et Diourbel (50 %). À l'opposé, c'est dans les régions de Louga (71 %), Ziguinchor (74 %) et Saint-Louis (77 %) que l'on observe les proportions les plus élevées d'enfants complètement vaccinés.

Maladies des enfants

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 13 % avaient présenté des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. C'est parmi les enfants de 6-11 mois que ces symptômes d'IRA ont été les plus fréquents (19 %). En outre, selon les déclarations des mères, 30 % des enfants ont eu de la fièvre. Comme pour les IRA, c'est parmi les enfants de 6-11 mois que la prévalence est la plus élevée (43 %). La prévalence la plus forte de la fièvre est observée dans la région de Kaolack (38 %).

Pour 41 % d'enfants ayant souffert d'IRA et/ou de fièvre, un traitement a été recherché auprès d'un établissement sanitaire ou d'un prestataire de santé. Les enfants du milieu urbain ont plus fréquemment reçu un traitement que ceux du milieu rural (50 % contre 35 %). Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, seulement 17 % ont été soignés avec de la chloroquine/nivaquine et 1 % ont reçu du Fansidar. À l'opposé, 29 % n'ont reçu aucun médicament antipaludéen.

Selon les données de l'enquête, on constate que 22 % des enfants de moins de cinq ans ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Les enfants de 6-23 mois constituent le groupe d'âges le plus vulnérable. Dans plus de la moitié des cas (53 %), les enfants malades ont bénéficié d'une Thérapie par Réhydratation Orale, soit parce qu'on leur a donné des sels de réhydratation par voie orale ou une solution maison, soit parce qu'on a augmenté les quantités de liquides.



Paludisme

Au Sénégal, le paludisme demeure une endémie majeure. Responsable de plus d'un tiers des motifs de consultation, il constitue la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables que sont les femmes et les enfants de moins de cinq ans.

Disponibilité de moustiquaires dans les ménages

Au Sénégal, 38 % des ménages possèdent au moins une moustiquaire. Les différences entre les régions sont importantes : c'est à Dakar, Diourbel et Thiès que cette proportion est la plus faible ; à l'opposé, dans les régions de Matam, Ziguinchor, Saint-Louis et Kolda, plus de deux ménages sur trois possèdent, au moins, une moustiquaire.

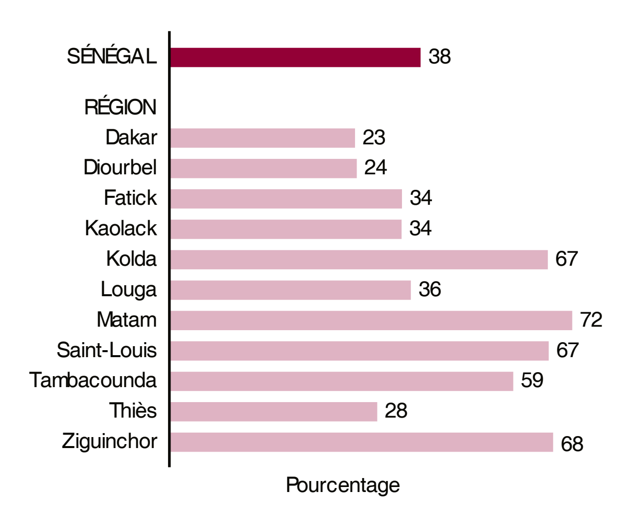
Utilisation de moustiquaires par les enfants

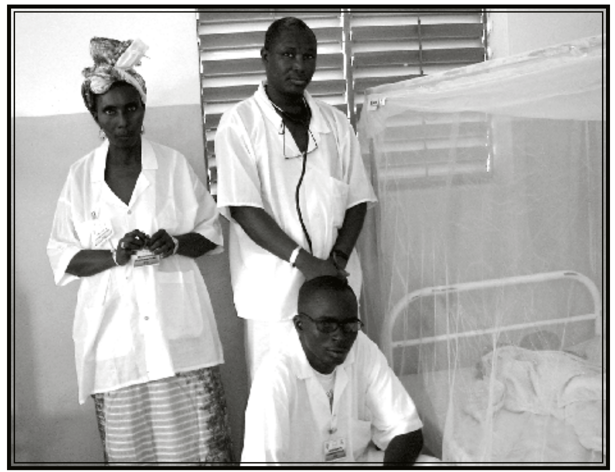
Seulement un enfant de moins de cinq ans sur sept (14 %) a dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Cette proportion n'est que de 10 % en ce qui concerne les moustiquaires imprégnées et de 7 % en ce qui concerne les moustiquaires MII*. C'est dans les régions de Matam (25 %) et de Saint-Louis (19 %) que les moustiquaires MII ont été les plus fréquemment utilisées.

Utilisation de moustiquaires par les femmes et les femmes enceintes

Parmi les femmes de 15-49 ans, 13 % ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête. C'est dans les régions de Matam (41 %), Saint-Louis (36 %) et Ziguinchor (32 %) que cette proportion est la plus élevée et à l'opposé, dans celles de Diourbel, Dakar, Kaolack, Louga et Thiès qu'elle est la plus faible (moins de 10 %).

La proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire quel que soit le type (14 %), une moustiquaire traitée (10 %) et sous une moustiquaire de type MII (9 %) est à peine différente de celle concernant l'ensemble des femmes.




© 2003 Amelie Sow/CCP, avec la permission de Photoshare

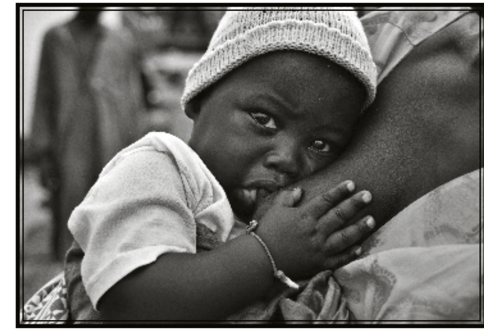
* Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit une moustiquaire imprégnée à vie, soit une moustiquaire imprégnée, mais obtenue il y a moins de douze mois.

ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

La malnutrition a de graves répercussions sur la santé des enfants et des femmes. La plus importante est l'accroissement des risques de mortalité. L'aggravation du risque de contracter des maladies et un moins bon développement mental sont d'autres conséquences tout aussi importantes.

Allaitement

La quasi-totalité des enfants nés au cours des cinq dernières années (96 %) ont été allaités. Cependant, 23 % seulement ont été allaités dans l'heure qui a suivi la naissance et 48 % ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement.



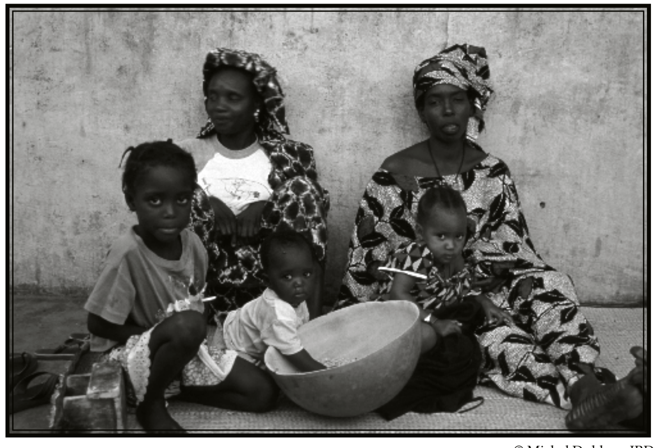
© Elisabeth Ambert, IRD

La durée médiane de l'allaitement est estimée à 20,1 mois et c'est chez les femmes de niveau d'instruction primaire (18,9 mois), parmi celles de Diourbel (18,2 mois) et celles appartenant aux ménages les plus aisés qu'elle est la plus courte (18,4 mois). À l'opposé, dans la région de Kolda, elle est de 22,1 mois.

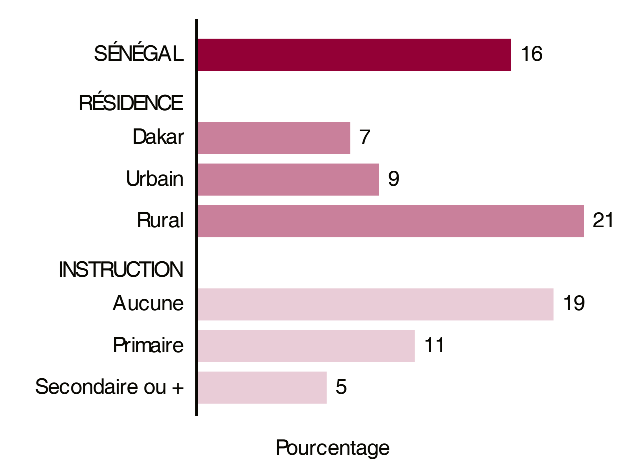
Environ un tiers des enfants de moins de 6 mois (34 %) est nourri avec du lait maternel seulement. À partir de six mois, l'âge auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir la meilleure croissance possible des enfants, il est recommandé qu'en plus du lait maternel, des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation : au Sénégal, 61 % des enfants de 6-9 mois reçoivent des aliments de complément.

État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 16 % accusent un retard de croissance dont environ un tiers sous une forme sévère (5 %). À 12-23 mois, un enfant sur cinq (21 %) est trop petit pour son âge. Les niveaux du retard de croissance présentent des variations importantes selon le milieu et la région de résidence : en milieu rural, la proportion d'enfants présentant cette forme de malnutrition est plus de deux fois plus élevée qu'en milieu urbain (21 % contre 9 %) ; de plus, les proportions varient d'un maximum de 36 % dans la région de Kolda à un minimum de 7 % dans celle de Dakar. De même, la prévalence du retard de croissance est influencée par le niveau d'instruction de la mère puisque 5 % d'enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus souffrent de malnutrition chronique contre 19 % parmi les enfants dont la mère est sans instruction.



© Michel Dukhan, IRD



Parmi les enfants de moins de cinq ans, 8 % souffrent de malnutrition aiguë : ils sont émaciés. La prévalence de l'émaciation est particulièrement élevée chez les enfants de 12-23 mois (14 %) et parmi ceux dont la taille à la naissance était petite (13 %). En outre, dans les régions de Louga, de Matam et de Saint Louis, plus d'un enfant sur dix est émacié.

Les résultats de l'enquête montrent aussi que 17 % des enfants de moins de cinq ans présentent une insuffisance pondérale. À 12-23 mois, cette proportion est de 23 %. De même, la prévalence de l'insuffisance pondérale est particulièrement élevée parmi les enfants dont la taille à la naissance était très petite (27 %) ou petite (24 %). On constate aussi que dans la région de Kolda, près d'un tiers des enfants souffre de ce type de malnutrition (32 %).

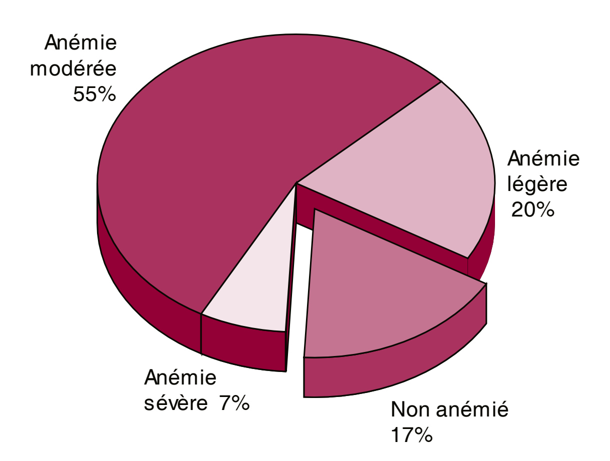
Consommation de vitamine A chez les enfants

La carence en vitamine A ou l'avitaminose A affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ses risques de décéder. L'UNICEF et l'OMS recommandent que dans tous les pays où la mortalité infanto juvénile est supérieure à 70 pour 1 000 et ceux dans lesquels la carence en vitamine A est un problème de santé publique, il soit mis en place un programme de contrôle de la vitamine A. Les résultats de l'EDS-IV montrent que les trois-quarts des enfants de moins de cinq ans ont reçu des compléments de vitamine A. Dans les régions de Ziguinchor et de Kolda, cette proportion est beaucoup plus élevée (respectivement, 85 % et 84 %).

Prévalence de l'anémie chez les enfants

Au Sénégal, plus de huit enfants de 6-59 mois sur dix (83 %) sont anémiés : 20 % le sont sous une forme légère, 55 % sous une forme modérée et 7 % sont atteints d'anémie sévère. La proportion d'enfants anémiés est extrêmement élevée puisqu'elle atteint ou dépasse 90 % parmi les enfants de la région de Diourbel, parmi ceux âgés de 12-23 mois et parmi ceux dont la mère était âgée de 15-19 ans à leur naissance. Parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction au moins secondaire et parmi ceux de la région de Ziguinchor, cette proportion est plus faible (respectivement, 68 % et 65 %).





Sel iodé

Le manque d'iode dans l'organisme peut entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant et provoquer un accroissement du volume du goitre chez les adultes. Plus de deux ménages sur cinq (41 %) utilisent du sel suffisamment iodé (15 PPM ou plus) alors que 36 % des ménages consomment du sel non iodé : cette proportion atteint 72 % dans la région de Ziguinchor.

État nutritionnel des femmes

Au Sénégal, la taille moyenne des femmes est de 162,9 centimètres et moins d'un pour cent d'entre elles sont de très petite taille (moins de 145 centimètres). Une proportion élevée de femmes (18 %) ont un Indice de Masse Corporelle (kg/m^2), ou IMC, inférieur à 18,5 et présentent donc une déficience énergétique chronique. Parmi les jeunes filles de 15-19 ans, cette proportion est élevée (34 %). De même, dans les régions de Louga et de Matam, au moins un quart des femmes sont trop maigres. À l'opposé, 22 % des femmes ont un IMC élevé (supérieur ou égal à 25) et entrent dans la catégorie des surpoids.

Cécité crépusculaire

Deux pour cent des femmes souffrent de cécité crépusculaire. Cette forme de cécité est plus fréquente parmi les femmes de la région de Matam (5 %).

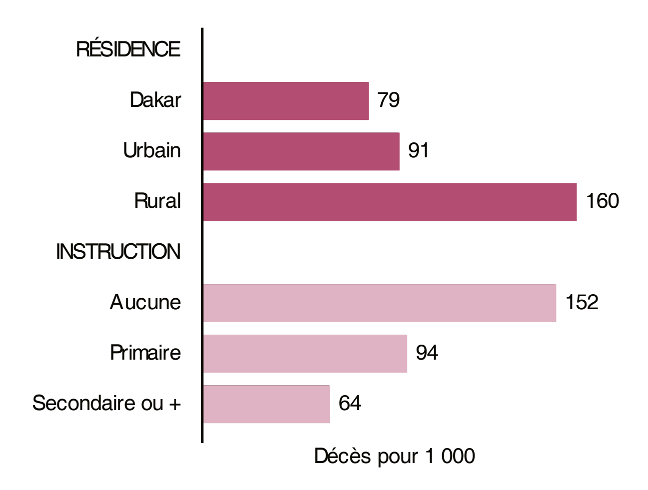


Mortalité

Les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants sont fonction des conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population et dans ses diverses couches sociales. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays.

Mortalité des enfants

Au cours de la période 2001-2005, sur 1 000 enfants nés vivants, 61 sont décédés avant d'atteindre leur premier anniversaire et sur 1 000 enfants âgés d'un an, 64 n'ont pas atteint leur cinquième anniversaire. Globalement, sur 1000 enfants nés vivants, 121 n'atteignent pas leur cinquième anniversaire, soit plus d'un enfant sur dix. En outre, les données observées montrent que la mortalité infantile est nettement plus élevée en milieu rural (82 ‰) qu'en milieu urbain (52 ‰). Cette différence persiste audelà d'un an, tant et si bien qu'entre un an et cinq ans, la mortalité juvénile est deux fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. Globalement, sur 1 000 enfants nés vivants, 91 décèdent avant leur cinquième anniversaire en milieu urbain, contre 160 en milieu rural, où le risque de décéder est donc 76 % plus élevé.



Au cours des quinze dernières années, on constate qu'au Sénégal, le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans a sensiblement diminué. De 1993 à 2003, la mortalité infantile est passée de 70 ‰ à 61 ‰, soit une baisse de près de 13 %. Au cours de la même période, la mortalité juvénile et la mortalité infanto-juvénile ont baissé dans des proportions moins importantes (entre 9 et 10 %), passant respectivement de 70 ‰ à 64 ‰ et de 135 ‰ à 121 ‰.

Les chances de survie des enfants sont également influencées par certaines caractéristiques concernant le comportement procréateur des mères. En effet, les résultats de l'enquête montrent que les enfants dont l'intervalle avec la naissance précédente est inférieur à 2 ans et/ou ceux dont la mère a moins de 20 ans ou plus de 40 ans à la naissance, courent des risques de décéder très largement supérieurs aux autres.



© Yves Paris, IRD

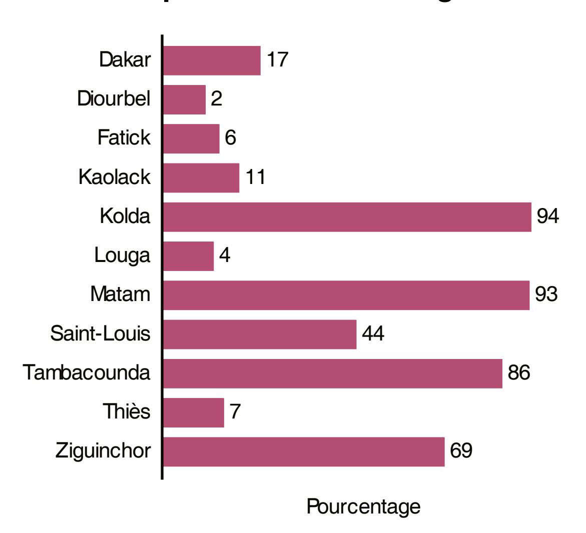
EXCISION

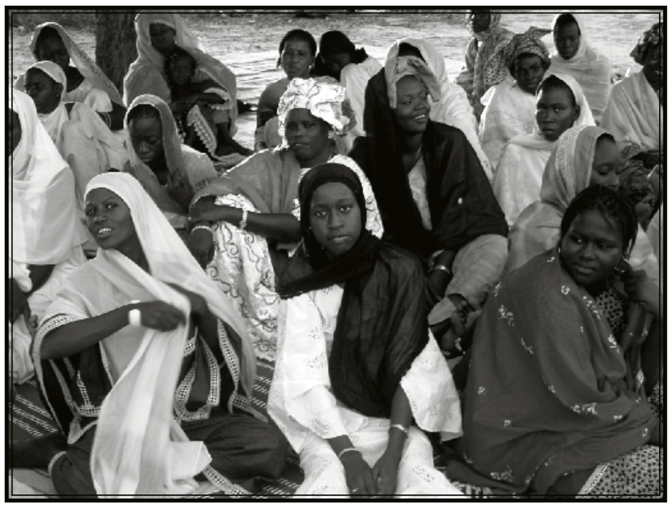
L'excision n'est pas pratiquée de façon homogène dans le pays.

Au Sénégal, 28 % des femmes ont déclaré avoir été excisées. La fréquence de cette pratique varie de manière importante selon la région de résidence, d'un minimum de 2 % dans la région de Diourbel et de 4 % dans celle de Louga à plus de 90 % dans celles de Kolda et de Matam.

En ce qui concerne l'âge à l'excision, on constate qu'une majorité d'enquêtées (60 %) n'ont pas été en mesure de donner un âge précis, mais situent l'évènement durant la petite enfance. En outre, la grande majorité des femmes enquêtées ont été excisées par une exciseuse (91 %).

Pour 75 % des femmes et 69 % des hommes, la pratique de l'excision devrait disparaître.





SIDA

En 2005, on estimait à 40 millions, le nombre de personnes dans le monde vivant avec le VIH/sida.

Prévalence du sida

Au Sénégal, la prévalence du VIH dans la population adulte, âgée de 15-49 ans, est évaluée à 0,7 %. Ce taux est beaucoup plus élevé parmi les femmes que parmi les hommes (0,9 % contre 0,4 %). Dans les régions, la prévalence varie d'un minimum de 0,1 % dans celle de Diourbel à un maximum de 2,2 % dans celle de Ziguinchor.

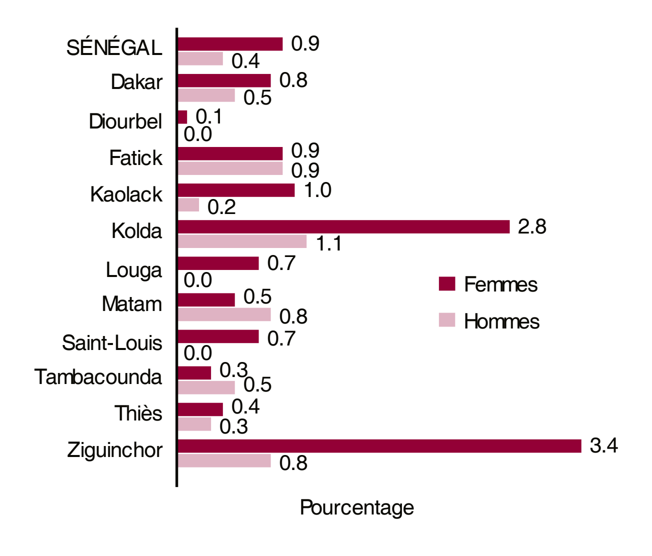
Connaissance du sida et des moyens de prévention

Au Sénégal, la quasi-totalité des hommes et des femmes ont entendu parler du sida. Cependant, seulement 20 % des femmes et 26 % des hommes ont une connaissance complète du sida, c'est-à-dire qu'ils possèdent les informations correctes concernant les moyens de prévention et de transmission du VIH. Parmi les femmes et les hommes sans instruction, parmi ceux du milieu rural, ceux appartenant aux ménages les plus pauvres et ceux de la région de Matam (pour les femmes) et de Fatick (pour les hommes), la proportion de ceux qui sont correctement informés est beaucoup plus faible que dans les autres sous-groupes de la population.

En outre, 22 % des femmes et 19 % des hommes savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant au cours de l'allaitement et que la prise de certains médicaments peut réduire le risque de transmission maternelle.

Les résultats concernant les jeunes de 15-24 ans montrent que les hommes connaissent plus fréquemment les moyens de prévention du VIH que les femmes (24 % contre 19 %). En outre, 69 % des jeunes hommes connaissent un endroit où se procurer un condom contre seulement 46 % des jeunes femmes.

Parmi les jeunes célibataires de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels, seulement 22 % des femmes et 48 % des hommes ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels.





Principaux indicateurs

TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	
Femmes de 15-49 ans enquêtées avec succès	14 602
Hommes de 15-59 ans enquêtés avec succès	3 761
CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ENQUÊTÉES (en %)	
Vivent en milieu urbain	49
Sans instruction	60
Instruction primaire	25
Instruction secondaire ou plus	15
CARACTÉRISTIQUES DES HOMMES ENQUÊTÉS (en %)	
Vivent en milieu urbain	56
Sans instruction	43
Instruction primaire	27
Instruction secondaire ou plus	30
FÉCONDITÉ	
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)[1]	5,3
Nombre moyen d'enfants nés vivants parmi les femmes de 40-49 ans	6,4
NUPTIALITÉ ET AUTRES DÉTERMINANTS DE LA FÉCONDITÉ	
Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union	68
Âge médian (en années) à la première union (femmes de 25-49 ans)	18,3
Pourcentage d'hommes de 15-59 ans actuellement en union	50
Âge médian (en années) à la première union (hommes de 30-59 ans)	28,1
Âge médian à la première naissance (femmes de 25-49 ans)	20,5
Durée médiane de l'allaitement (en mois)[2]	20,1
Durée médiane de l'aménorrhée post-partum (en mois)	11,4
Durée médiane de l'abstinence post-partum (en mois)	3,1
PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ	
Pourcentage de femmes qui :	
- ne veulent plus d'enfants	21
- veulent retarder d'au moins deux ans leur prochaine naissance	39
CONNAISSANCE ET UTILISATION DE LA CONTRACEPTION	
Femmes de 15-49 ans en union qui connaissent une méthode moderne (%)	93
Femmes de 15-49 ans en union qui utilisent une méthode moderne (%)	10
MORTALITÉ	
Quotient de mortalité, pour 1 000 naissances vivantes (5 ans avant l'enquête)	
- infantile (entre la naissance et le premier anniversaire)	61
- infanto-juvénile (entre la naissance et le cinquième anniversaire)	121

1. Nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.
2. Durée pour laquelle la moitié des enfants de moins de 5 ans à l'enquête ont été allaités.

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT	
Naissances dont la mère a reçu :	
- des soins prénatals auprès de personnel de santé formé (%)[3]	87
- l'assistance de personnel de santé formé à l'accouchement (%)[4]	52
- au moins deux doses de vaccin antitétanique (%)	66
Enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins (%)[5]	59
Enfants de moins de 5 ans qui, au cours des 2 semaines avant l'enquête, ont eu :	
- la diarrhée (%)	22
- et parmi eux, ceux qui ont reçu une thérapie de réhydratation orale (%)[6]	53
- la fièvre (%)	30
- et parmi eux, ceux n'ayant reçu aucun antipaludéen (%)	29
- et parmi eux, ceux ayant reçu de la choloroquine-nivaquine (%)	17
- la toux et une respiration courte et rapide (IRA) (%)	13
- et parmi ceux avec fièvre ou symptômes de l'IRA, ceux pour lesquels la mère a consulté (%)	41
Enfants de moins de 5 ans :	
- accusant un retard de croissance (%)[7]	16
- atteints d'émaciation (%)[8]	8
- présentant une insuffisance pondérale (%)[9]	17
DISPONIBILITÉ DE MOUSTIQUAIRES DANS LES MÉNAGES	
Ménages ayant au moins une moustiquaire (%)	38
Enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (%)	14
Femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (%)	14
SIDA	
Femmes/hommes qui ont entendu parler du sida (%)	97/98
Parmi les femmes/hommes ayant entendu parler du sida :	
- celles/ceux qui connaissent les deux moyens de prévention du VIH/sida[10]	72/71
- celles/ceux qui ont une connaissance complète du VIH/sida (%)[11]	20/26
Jeunes femmes/hommes célibataires (15-24 ans) ayant eu des rapports sexuels pré-maritaux au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête	2/21

3. Pour les dernières naissances survenues dans les 5 ans précédant l'enquête et pour lesquelles la mère a été suivie par un médecin ou une infirmière/sage-femme.
4. Dernières naissances survenues au cours des 5 ans précédant l'enquête pour lesquelles la mère a été assistée par du personnel formé au cours de l'accouchement.
5. C'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, les trois doses de DTCoq et de polio, non compris la polio 0.
6. La TRO comprend la solution préparée à partir des Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), les solutions maison recommandées et l'augmentation de la quantité de liquides.
7. Enfants de moins de cinq ans dont la taille est inférieure à la moyenne de ce qu'elle devrait être à un âge donné, signe d'un retard de croissance de plus ou moins longue durée.
8. Enfants de moins de cinq ans dont le poids est inférieur à la moyenne de ce qu'il devrait être pour une taille donnée ou malnutrition aiguë.
9. Enfants de moins de cinq ans dont le poids inférieur à la moyenne de ce qu'il devrait être à un âge donné.
10. Pourcentage de femmes/hommes qui, en réponse à une question suggérée, déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH/sida en utilisant le condom et en n'ayant des rapports sexuels qu'avec un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté.
11. Pourcentage de femmes/hommes qui, en réponse à une question suggérée, déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle qui n'est pas infecté, qui rejettent les 2 idées locales erronées les plus courantes à propos de la transmission et de la prévention du VIH/sida et qui savent également qu'une personne apparemment en bonne santé peut néanmoins avoir le VIH/sida.

